

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11114/2233 APPLICATION DATE : 18/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BIJAY YADAB AGE-YEARS 46 SEX M
आवेदनकर्ता का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NARAYAN YADAB
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS B.T ROAD 19, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL
वर्तमान निवासस्थान पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी निवासस्थान पता



OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 x 12 = 26400/- (Attach Proof of income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. उपरोक्त खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो दाता या नहीं का निम्न चिह्नित करें): Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1	BIJAY YADAB	46	M	SELF
2	KANU YADAB	20	M	SON
3	KANAL YADAB	17	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपयुक्त पत्र (उपयुक्त पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपयुक्त पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED एवं प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अर्हदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण में सहायता पाने "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण की पूर्ति के लिए, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से पैसे ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी छवि की छाप लगाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, चर, चरित्र/या अन्य उद्देश्य से प्रसारित करने और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचार से सहायता करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के बिना या फिर मैं अपने कर्तव्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, चर, चरित्र/या अन्य उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन सहायता हेतु विचारित की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विचित्री उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु सहायता नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट पता चलता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत को नहीं सहायता देगा।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता या किसे मैंने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्तन सुरक्षित और अपने जाने की सारी विनियमों रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>18/03/2019</p>	<p>Dr. K. K. Joshi MSBB, DGO, FRCR Reg. No. 10971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अर्हदक का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अर्हदक के नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	